



Preoperatieve vragenlijst Dienst Anesthesie

Oosterveldlaan 24 – 2610 Wilrijk
Tel 03 443 30 11
Fax 03 440 43 74
E-mail sint.augustinus@gza.be

DATUM INGREEP:/...../..... KAMER: CHIRURG:

NAAM PATIËNT(E):

VOORNAAM: GEBOORTEDATUM:/...../.....

ADRES: Straat Nr:

Postnummer: Gemeente:

TELEFOON: BEROEP:

GEWICHT: LENGTE: GODSDIENST:

NAAM PARTNER: TELEFOON:

TE CONTACTEREN PERSOON: TELEFOON:

HUISARTS:

Deze informatie blijft strikt vertrouwelijk. Ze laat ons toe u de best mogelijke zorgen te verlenen, aangepast aan uw persoonlijke toestand. Wanneer de patiënt zelf niet in staat is deze vragen te beantwoorden, wordt aan de begeleidende personen gevraagd dit voor hem/haar te doen.

1. Voor welke operatie wordt u nu opgenomen?
Indien van toepassing, aan welke kant? 1.
2. Werd u vroeger al geopereerd?
Welke operatie(s) en wanneer?
Vertoonde u toen ongewone reacties na de plaatselijke
of algemene verdoving? 2.
3. Heeft iemand in uw familie ooit ernstige problemen gehad
bij een algemene verdoving? 3.
4. Bezit u een bloedgroepkaartje?
Zo ja, gelieve het aan de verpleegkundige te bezorgen. 4.
5. Kreeg u vroeger ooit een bloedtransfusie?
Indien ja, waarom? 5.
6. Bent u overgevoelig aan bepaalde geneesmiddelen?
Welke?
Bent u overgevoelig aan latexproducten? 6.
7. Is uw huid overgevoelig aan bepaalde kleefpleisters?
Aan jodiumtinctuur? 7.
8. Voor de dames: bent u (mogelijk) zwanger? 8.
9. Lijdt u aan een hartziekte of had u ooit hartklachten? 9.
10. Bent u vlug kortademig?
Hebt u een beklemd gevoel bij inspanning? 10.
11. Hebt u soms gezwollen voeten of benen? 11.
12. Hebt u spataders?
Hebt u ooit flebitis (aderontsteking) gehad? 12.
13. Wordt u behandeld voor een te hoge bloeddruk? 13.
14. Hebt u soms ademhalingsstoornissen?
Lijdt u aan astma of chronische bronchitis? 14.

- 15. Hebt u diabetes (suikerziekte)?
 Hebt u insuline-inspuitingen nodig?
 Neemt u tabletten voor diabetes? 15.
- 16. Had u ooit een maagzweer of maagbloeding? 16.
- 17. Bent u in behandeling voor een zenuwziekte? 17.
- 18. Hebt u op dit ogenblik griep of een verkoudheid? 18.
- 19. Blijft u na een verwonding of een tandextractie ongewoon lang nabloeden? 19.
- 20. Rookt u? Hoeveel? 20.
- 21. Gebruikt u regelmatig alcohol? Hoeveel? 21.
- 22. Neemt u regelmatig kalmerende middelen?
 Slaapmiddelen? 22.
- 23. Neemt u bloed verdunnende medicatie?
 Welke? 23.
- 24. Neemt u regelmatig nog andere geneesmiddelen?
 Welke?
 Hoeveel? 24.
- 25. Draagt u een tandprothese?
 Hebt u losstaande tanden? 25.
- 26. Volgt u een specifiek dieet? 26.
- 27. Wenst u nog iets anders te vermelden? 27.

Belangrijke opmerkingen

- * Zes uur vóór de operatie mag u niets meer eten of drinken; een kleine hoeveelheid water of thee drinken mag tot 2 uur vóór de ingreep.
- * Draag geen uurwerk of juwelen, geen make-up, geen nagellak en geen spannende kleding.
- * Uw tandprothese, hoorapparaat, contactlenzen, bril, haarspelden enz. uitdoen kort vóór het vertrek naar het operatiekwartier.

Toestemming tot anesthesie

Patiënt(e) of wettelijke vertegenwoordig(st)er

Ik bevestig dat ik voldoende inlichtingen kreeg betreffende de anesthesietechnieken. Ik geef aan de artsen van de dienst anesthesie-reanimatie toestemming om een anesthesie te verrichten en de bijhorende medische procedures uit te voeren.

Naam patiënt(e) of wettelijke vertegenwoordig(st)er.

Handtekening Datum ... / ... /

Anesthesist(e)

Ik bevestig dat de patiënt(e) of zijn/ haar wettelijke vertegenwoordig(st)er uitleg kreeg betreffende de anesthesietechnieken en ik ben van oordeel dat hij/zij de voordelen en mogelijke risico's ervan heeft begrepen.

Naam

Handtekening Datum ... / ... /